

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem
w opiece zdrowotnej.
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowi
Maria Węgrzyn
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Marcin Orszulak
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronach internetowych
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-556-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław
tel./fax 71 36 80 602; e-mail:econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Ryzyko systemowe

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych	34
Iga Rudawska: Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji	48
Małgorzata Winter: Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

Część 2. Ryzyko finansowe

Dorota Korenik: Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych	69
Justyna Kujawska: Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych	84
Aleksandra Szewieczek: Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
Maria Węgrzyn: Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

Część 3. Ryzyko personalne

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe)	180

Summaries

Part 1. Systemic risk

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services	34
Iga Rudawska: Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population	48
Małgorzata Winter: Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending	58

Part 2. Financial risk

Dorota Korenik: Benchmarking in reducing risk in medical entities	69
Justyna Kujawska: The risk of obtaining medical contracts	84
Aleksandra Szewieczek: Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control	93
Maria Węgrzyn: The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

Part 3. Personal risk

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Risk manager as a function supporting hospital management	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions)	180

Dorota Korenik

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: dorota.korenik@ue.wroc.pl

BENCHMARKING W OGRANICZANIU RYZYKA W PODMIOTACH LECZNICZYCH

BENCHMARKING IN REDUCING RISK IN MEDICAL ENTITIES

DOI: 10.15611/pn.2015.410.06

JEL Classification: I15, M21

Streszczenie: W opracowaniu określono przydatność benchmarkingu w zarządzaniu, w tym w zarządzaniu ryzykiem w podmiotach leczniczych. Wskazano na benchmarking jako sposób zarządzania ryzykiem, zorientowany na zapewnienie sprawnego działania, ocenianego przez pryzmat dwóch wielkości krytycznych: zapewnienia nieujemnej rentowności finansowej i co najmniej przeciętnej jakości świadczenia zabezpieczenia zdrowotnego.

Słowa kluczowe: podmioty lecznicze, benchmarking, metoda zarządzania, efektywność ekonomiczna, jakość działania.

Summary: The paper presents the usefulness of benchmarking management, including risk management in medical entities. It pointed out benchmarking as a means of risk management, focused on ensuring efficient operation, assessed through the prism of two critical values: to ensure the financial non-negative profitability and at least the average quality of the provision of health protection.

Keywords: medical entities, benchmarking, method of management, economic efficiency, quality of service.

1. Wstęp

Istotą procesu zarządzania ryzykiem jest osiągnięcie i utrzymywanie przez jednostkę gospodarczą akceptowalnego poziomu ryzyka. W praktyce zarządzanie ryzykiem kojarzy się z procesami diagnozy (identyfikacji i pomiaru), sterowania, monitorowania i kontroli ryzyka, których celem jest intencjonalne zapewnienie stabilnych wyników finansowych oraz stworzenie uwarunkowań dalszego rozwoju¹. W XXI

¹ K. Jajuga (red.), *Zarządzanie ryzykiem*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 15; W. Tarczyński, M. Mojsiewicz, *Zarządzanie ryzykiem*, PWE, Warszawa 2001, s. 37.

wieku takie podejście może jednak nie wystarczyć z punktu widzenia przerwania i rozwoju w warunkach zmiennego i złożonego otoczenia. Wskazuje się, że od dążenia do stabilności wyników finansowych ważniejsza staje się zdolność do radzenia sobie z ciągłymi zmianami przez wykorzystywanie szans tkwiących w otoczeniu i tworzenie relacji z partnerami zewnętrznymi, zamiast koncentracji na samowystarczalności (zaspokojeniu potrzeb własnych), a także uwzględnianie indywidualnych potrzeb klienta². Tym samym zarządzanie ryzykiem staje się bardziej skomplikowane i wymagające. Z jednej bowiem strony zainteresowanie różnych grup interesariuszy osiąganymi przez podmiot wynikami i wskaźnikami finansowymi nie słabnie – stabilność finansowa jest warunkiem koniecznym przetrwania, ale z drugiej strony zwiększa się nacisk na wysoką sprawność działania, w której decydujące znaczenie ma wysoka jakość posiadanych zasobów (ludzkich – wiedzy i umiejętności, rzeczowych – majątku ruchomego i nieruchomego, procesów, procedur, struktur organizacyjnych, finansowych – zdolność do pozyskiwania wystarczających środków finansowych, dobre relacje z różnymi grupami interesariuszy). W zmiennym i wysoce złożonym otoczeniu działania podmiotów leczniczych priorytetem w zarządzaniu ryzykiem musi stać się samodzielne utrzymanie siły dochodowej (mierzonej poprzez wyniki i wskaźniki finansowe) na akceptowalnym poziomie, wystarczającym dla posiadania wysokiej jakości czynników wytwórczych. O ile takie podejście do zarządzania ryzykiem wydaje się słuszne w przypadku komercyjnych podmiotów leczniczych, konkurujących na rynku prywatnych oraz publicznych świadczeń medycznych, o tyle w przypadku podmiotów leczniczych będących własnością publiczną mogłoby wydawać się kontrowersyjne.

Funkcjonowanie i sposoby działania publicznych podmiotów leczniczych podporządkowane są celom o charakterze użyteczności publicznej – dostarczaniu powszechnie dostępnych i finansowanych ze środków publicznych (nieodpłatnych dla pacjenta) świadczeń zdrowotnych. Cele finansowe są sprawą wtórną, podmioty powinny bilansować się finansowo (samodzielnie się finansować, samodzielnie pokrywać straty finansowe), ale w razie trudności finansowych mogą być wspierane przez właściciela (dotacje, pokrycie straty finansowej, zwiększenie funduszy własnych). Oznacza to, że kryterium finansowe wyrażone w postaci rentowności finansowej jest ważne, lecz drugorzędne w stosunku do kryterium zabezpieczenia zdrowotnego. W praktyce także kryterium jakości świadczeń ma znaczenie ważne, lecz drugorzędne – społecznie akceptowalny jest przeciętny poziom jakości. Tym samym w zarządzaniu ryzykiem uwagę koncentrowano na zdobyciu u płatnika publicznego możliwie największego kontraktu na świadczenia medyczne, mniej zaś skupiano się na ryzyku finansowym (ze względu na antycypowanie przez kierowników pokrywanie strat finansowych z zasobów właściciela publicznego) oraz ryzyku nieosiągnięcia wysokiej (ponadprzeciętnej) jakości świadczeń wskutek niskiej sprawności

² A. Mazurkiewicz, *Sprawność działania – interpretacja teoretyczna pojęcia*, [w:] *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*, Wyd. Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2011, nr 20, s. 48-49.

działania. Jednakże w warunkach postępującej konkurencji podmiotów leczniczych, zarówno publicznych, jak i prywatnych, na rynku kontraktów publicznych oraz zmienionych uregulowań prawnych (wymuszających określone decyzje właściciela publicznego wobec podległego publicznego zakładu opieki zdrowotnej) zaistniały silne przesłanki dla zmiany w podejściu do zarządzania ryzykiem w podmiotach leczniczych, których właścicielem lub współwłaścicielem jest podmiot publiczny. W szczególności chodzi o zwiększające się niebezpieczeństwo uzyskania potrzebnej wielkości, a nawet w ogóle uzyskania kontraktu, oraz nakaz pokrycia przez właściciela straty bilansowej, która wystąpi w podległym zakładzie opieki zdrowotnej, lub w przeciwnym razie – podjęcia decyzji o przekształceniu formy prawno-organizacyjnej albo likwidacji podmiotu³. Nasilająca się konkurencja o finansowanie publiczne świadczeń zdrowotnych otwiera perspektywę dla silniejszego dążenia do polepszania jakości czynników wytwórczych jako argumentu negocjacyjnego, z kolei brak zdolności do samodzielnego pokrywania straty finansowej (zachowania nieujemnej rentowności finansowej) przez podmiot leczniczy – perspektywę zwiększonej niechęci organu właścicielskiego do pokrywania straty, a nawet braku takiej możliwości ze względu na wprowadzone prawem bardziej restrykcyjne ograniczenia finansowe. Wymusza to potrzebę zwiększenia rangi kryterium rentowności ekonomicznej oraz kryterium jakości świadczeń (wysokiej sprawności działania). W konsekwencji zarówno prywatne, jak i publiczne podmioty lecznicze powinny poszukiwać sposobów zarządzania ryzykiem, ukierunkowanych na redukcję ryzyka obniżenia sprawności działania przy uwzględnieniu dwóch warunków brzegowych: nieujemnej rentowności finansowej i przynajmniej przeciętnej jakości w zabezpieczeniu zdrowotnym w przypadku podmiotów publicznych albo ponadprzeciętnej w przypadku podmiotów prywatnych. Dobrym rozwiązaniem (sposobem zarządzania ryzykiem) może być benchmarking podmiotów leczniczych.

Wprawdzie benchmarking został dobrze poznany od strony narzędziowej, na co wskazują liczne opracowania naukowe i praktyczne, nie został jednak w pełni opisany w kontekście jego możliwych powiązań z polepszaniem sprawności działania, budowaniem wysokiej jakości zasobów wewnętrznych i zewnętrznych (relacji z otoczeniem zewnętrznym). Zamierzeniem autora jest częściowe wypełnienie luki poznawczej przez określenie takich powiązań z wykorzystaniem dotychczasowego stanu wiedzy teoretycznej z zakresu zarządzania, ekonomii i finansów oraz wskazanie niektórych pożądanych kierunków rozwoju badań benchmarkingowych w polskim sektorze podmiotów leczniczych.

³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, nr 112 poz. 654, art. 59.

2. Pojęcie i możliwe znaczenie benchmarkingu w sektorze podmiotów leczniczych

Benchmarking jest pojęciem występującym w różnych dziedzinach nauki i praktyki gospodarczej – topografii, ekonomii, finansach, zarządzaniu. Bez względu na różnice pojęciowe wszystkie definicje łączy ten sam komponent: wzorzec. W naukach ścisłych (topografia) wzorcami są wartości orientacyjne (kierunkowe), w naukach ekonomicznych (społecznych) wzorce mogą być przedstawiane w formie zalecanych wartości wskaźników ekonomicznych lub finansowych oraz wzorcowych sposobów postępowania, umożliwiających uzyskiwanie lepszych wyników (efektów, wskaźników), poprzez porównywanie się z innymi, uczenie się od najlepszych, wykorzystywanie ich wiedzy i doświadczenia⁴. Innymi słowy, benchmarking pozwala określić słabe i mocne strony podmiotu porównującego się z innymi w celu poszukiwania najlepszych sposobów doskonalenia samego siebie: procedur, procesów, umiejętności, struktur organizacyjnych, sposobów prowadzenia działalności gospodarczej. Dotyczy to także działalności podmiotu leczniczego.

Benchmarking podmiotów leczniczych może mieć różne znaczenie, tj. może on stanowić:

- kluczowy element praktykowanej metody zarządzania – dotyczy to sytuacji, w której podmiot jest zarządzany poprzez przywództwo przez jakość,
- metodę analizy i oceny fragmentu lub całości swoich dokonań gospodarczych na tle innych podmiotów (określonej grupy podmiotów) – dotyczy to sytuacji, w której podmiot jest zarządzany inną metodą niż przywództwo przez jakość, np. metodą zarządzania przez cele (która jest typową w publicznym sektorze ochrony zdrowia),
- kryterium dostępu do określonych korzyści (np. prestiżowych nagród) lub określonej puli publicznych środków finansowych w ramach funkcji dystrybucyjnej państwa (publiczne kontrakty na świadczenie usług zdrowotnych),
- obiekt badań naukowych, ukierunkowanych na racjonalne gospodarowanie zasobami podmiotu leczniczego przez poszukiwanie dla niego rozwiązań wzorcowych i jednocześnie dopasowanych do określonych warunków środowiska społeczno-gospodarczego i polityczno-prawnego.

3. Benchmarking jako element zarządzania poprzez przywództwo przez jakość

Dla podmiotu leczniczego zainteresowanego stosowaniem metody tzw. przywództwa przez jakość benchmarking stanowi jedno z trzech integralnie ze sobą powiązanych narzędzi zarządzania: 1) obowiązki pracowników, 2) benchmarking, 3) proces

⁴ J. Czekaj, D. Dziedzic, T. Kafel, Z. Martyniak, *Benchmarking jako metoda uczenia się od najlepszych*, [w:] Z. Martyniak (red.), *Nowe metody organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo AE, Kraków 1998, s. 52-53.

doskonalenia jakości. Metoda ta została dobrze rozpoznana i opisana na gruncie teorii zarządzania wraz z odwołaniem do różnych przykładów z praktyki, w tym pierwowzoru, jakim był program *Leadership Through Quality*⁵. W tym ujęciu benchmarking jest stosowany jako proces ciągłego uczenia się i twórczego doskonalenia organizacji wykorzystujący rozwiązania i osiągnięcia wypracowane przez najlepszych z danej branży, np. leczniczej, a nawet z innych branż. A szerzej, benchmarking to ciągły i systematyczny proces identyfikowania, analizy, projektowania, także wdrażania lepszych rozwiązań w zakresie procesów, produktów oraz sposobów rozwiązywania problemów i realizacji celów z wykorzystaniem uznanych i sprawdzonych wzorców wewnętrznych i/lub zewnętrznych podmiotu, którego rezultatem powinien być wzrost jego efektywności⁶. Należy zauważyć, że tak rozumiany benchmarking stanowi jednocześnie sposób na uniknięcie ryzyka pogorszenia sprawności działania w wyniku dbania o wysoką jakość zasobów wewnętrznych na każdym etapie jej budowania (identyfikacji, pomiaru, sterowania, monitorowania i kontroli). Schemat postępowania i opis narzędzia benchmarkingowego w ramach zarządzania opartego na przywództwie przez jakość występuje w licznych opracowaniach naukowych⁷. Charakterystyczne jest, że przebieg benchmarkingu pozostaje tu w analogii do zasady ciągłego doskonalenia związanej z polepszaniem jakości posiadanych czynników wytwórczych, sposobów postępowania albo procesów wytwórczych, obejmującej cztery etapy cyklu PDCA Deminga: plan (P), badania i obserwacja (D), analiza (C), korekty i wdrażania (A). W tej metodzie benchmarking ma wymiar strategiczny.

W teorii na potrzeby doskonalenia, tj. poprawy jakości działania organizacji, z wykorzystaniem metody zarządzania związanej z benchmarkingiem wyodrębniono wiele typów benchmarkingu, spośród których podmiot może zdecydować się na taki (w ramach poszczególnego kryterium podziału), który umożliwi wypracowanie rozwiązań ukierunkowanych na uzyskanie wysokiej i względnie trwałej pozycji konkurencyjnej (zob. tab. 1).

Dla jak najlepszego praktycznego wykorzystania benchmarkingu teoretycy postulują wyznaczenie jego pełnego zakresu, tj. całym cyklem PDCA powinny zostać objęte tylko wytypowane procesy, takie, których usprawnienie wywarłoby największy wpływ na pozycję konkurencyjną danego podmiotu [*Podręcznik zarządzania jakością...*, s. 56]. Chodzi o te procesy, które bezpośrednio wpłynęłyby na jedno lub wszystkie kryteria, spośród takich jak:

- kluczowe kompetencje podmiotu (strategiczne zdolności – umiejętności, zasoby determinujące uzyskanie przewagi konkurencyjnej w branży),

⁵ Przykładowe opracowania to: J. Czekaj, D. Dziedzic, T. Kafel, Z. Martyniak, *op. cit.*, s. 53; W.M. Grudzewski, *Benchmarking w przedsiębiorstwie*, [w:] Grudzewski W.M., Hejduk I.K. (red.), *Przedsiębiorstwo przyszłości*, Difin, Warszawa 2003, s. 147-148, 156.

⁶ A. Węgrzyn, *Benchmarking. Nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa*, Oficyna Wydawnicza ANTYKWA, Wrocław-Kluczbork 2000.

⁷ Zob. J. Brillman, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002, s. 266; J. Czekaj, D. Dziedzic, T. Kafel, Z. Martyniak, *op. cit.*, s. 53-57; W.M. Grudzewski, *op. cit.*, s. 215, 217.

Tabela 1. Kryteria i rodzaje benchmarkingu

Kryterium podmiotowe
<p>Benchmarking wewnętrzny – dotyczy wewnętrznych porównań operacji lub funkcji, wykonywanych w jednym podmiocie leczniczym, w sieci jego przedsiębiorstw powiązanych organizacyjnie lub jednym jego przedsiębiorstwie. Wzorcem mogą być wewnętrzne jednostki organizacyjne (np. oddział) lub jedno własne przedsiębiorstwo.</p> <p>Atutami takiego benchmarkingu mogą być: podobny język, kultura, mechanizmy i systemy; łatwy dostęp do danych; istniejące kontakty; małe napięcia; stosunkowo szybkie osiągnięcie rezultatów; dogodny teren badań.</p> <p>Słabościami mogą być: możliwość ograniczenia zewnętrznego punktu widzenia i wzmocnienie samozadowolenia; możliwość uzyskania rezultatów, które będą mało miarodajne.</p>
<p>Benchmarking zewnętrzny lub konkurencyjny – dotyczy porównywania się z najlepszymi przedsiębiorstwami zewnętrznymi.</p> <p>Atuty takiego benchmarkingu wiążą się z partnerami zewnętrznymi i mogą to być: podobne struktury i uwarunkowania (np. szpitale ogólne w Polsce); stosunkowo łatwy dostęp do danych; stosunkowo małe napięcia; pomaga przełamać samozadowolenie i arogancję.</p> <p>Słabościami mogą być: ewentualne wystąpienie względów natury prawnej, politycznej i etycznej; występujące paradygmaty branżowe mogą ograniczyć twórczość (kreatywność w myśleniu).</p>
<p>Benchmarking funkcjonalny – dotyczy porównywania się pod względem podobnych funkcji (np. administracja kadrami, funkcja zaopatrzeniowa) z przedsiębiorstwami niebędącymi konkurentami z tego samego sektora działalności (ten sam przedmiot działalności).</p>
<p>Benchmarking ogólny (horyzontalny lub generyczny) – specyficzna odmiana benchmarkingu funkcjonalnego; dotyczy tych funkcji oraz procedur, których przebieg jest niemal identyczny, niezależnie od przynależności branżowej lub nawet charakteru organizacji (komercyjny, <i>non-profit</i>, <i>not for profit</i>), w której są realizowane.</p>
Kryterium przedmiotowe:
<p>Benchmarking strategiczny – polega na porównywaniu wizji, misji, strategii liderów rynkowych w celu zidentyfikowania kluczowych czynników sukcesu.</p>
<p>Benchmarking procesów – polega na analizie procesów liderów rynkowych pod względem efektywności kosztowej i sposobu kreowania wartości dla klienta (pacjenta i jego rodziny).</p>
<p>Benchmarking produktów – polega na analizie produktów/ świadczeń i ich funkcji w kontekście stopnia zaspokojenia potrzeb klientów (pacjentów i ich rodzin).</p>
<p>Benchmarking metod zarządzania – dotyczy porównywania przyjętych przez wzorcowy podmiot leczniczy (przedsiębiorstwo podmiotu) metod i technik zarządzania z metodami oraz technikami własnymi.</p>

Źródło: W.M. Grudzewski, *Benchmarking w przedsiębiorstwie*, [w:] Grudzewski W.M., Hejduk I.K. (red.), *Przedsiębiorstwo przeszłości*, Difin, Warszawa 2000, s. 150; J. Brillman, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002, s. 263-265.

- kluczowe procesy przedsiębiorstwa, tj. wpływające na postrzeganie podmiotu przez otoczenie zewnętrzne (najważniejszych interesariuszy, jak klienci, właściciele, zaopatrzeniowcy, dostawcy kapitału finansowego – płatnik pieniądza publicznego, pożyczkodawcy),
- kluczowe czynniki sukcesu (ilościowe miary skuteczności i efektywności).

Typowanie dokonuje się w ramach procesu benchmarkingowego. Wynika to z natury celów bezpośrednich przypisanych benchmarkingowi, jakimi są:

- identyfikacja słabych i mocnych stron sprawności działania podmiotu na tle wzorca,
- poprawa identyfikacji procesów zachodzących wewnątrz podmiotu, warunkująca polepszenie sprawności działania i efektów ekonomiczno-finansowych.

Objęcie całym cyklem PDCA procesów wyłonionych poprzez realizację celów bezpośrednich prowadzić ma do osiągnięcia celów pośrednich benchmarkingu, wśród których można wskazać⁸:

- zwiększenie satysfakcji pacjentów (typowe kryterium jakościowe),
- osiągnięcie przewagi konkurencyjnej (kryterium gospodarcze, znajdujące umocowanie w wysokiej sprawności działania w jakimś zakresie/przedmiocie działalności leczniczej),
- zmiana dotychczasowego ukierunkowania zainteresowań podmiotu (typowe kryterium gospodarcze, ale dla jego realizacji wymagające posiadania zasobów odpowiednio wysokiej jakości),
- zmiana dotychczasowej praktyki działania (oznaczająca zmianę jakości pracy) podmiotu,
- rozwój umiejętności podmiotu, w tym posługiwania się w zarządzaniu odpowiednimi miernikami,
- przewyciężenie niechęci do pomysłów powstałych poza podmiotem (kryterium związane z jakością czynnika ludzkiego),
- przyspieszenie tempa zmian.

Najpełniejsze i najsilniejsze powiązania benchmarkingu z jakością mogą wystąpić tylko w podmiotach zorientowanych na przywództwo przez jakość. Potwierdza to współczesny kierunek rozwijania teorii benchmarkingu jako metody zarządzania. Dzieje się tak za sprawą znormalizowanego systemu zarządzania jakością, który zaczęto ujmować jako zasób organizacji gospodarującej (podmiotu leczniczego). Wskazuje się⁹, że wszystkie dotychczas znane typy benchmarkingu znajdują zastosowanie również w ocenie znormalizowanych systemów zarządzania jakością. Dla podmiotów ukierunkowanych na przywództwo przez jakość można wyróżnić nowy typ benchmarkingu, określony benchmarkingiem znormalizowanych systemów zarządzania jakością. W jego ramach do dalszego szczegółowego wyróżnienia są:

- benchmarking procesów,
- benchmarking wymagań normy,
- benchmarking dokumentacji,
- benchmarking zarządzania jakością.

⁸ P. Jedynek, *Ocena znormalizowanych systemów zarządzania jakością. Instrumenty i uwarunkowania wartości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 166-167.

⁹ Tamże, s. 168.

Benchmarking w podmiotach ukierunkowanych na przywództwo przez jakość będzie dotyczył tzw. jakości zewnętrznej (np. zadowolenie pacjentów i ich rodzin, jakość techniczna świadczeń) oraz jakości wewnętrznej (np. zadowolenie pracowników, jakość procesów)¹⁰. W tradycyjnym ujęciu istniejące powiązanie benchmarkingu z jakością najlepiej sugerują dwa typy benchmarkingu: benchmarking produktów i benchmarking procesów, a także jeden z celów pośrednich, tj. zwiększenie satysfakcji pacjentów i ich rodzin. Pozostałe typy i cele benchmarkingu ukierunkowane są bardziej na ekonomiczno-finansowe aspekty działania podmiotu, chociaż wymagają one odpowiedniej podbudowy w jakości pracy. W nowo kształtującym się ujęciu benchmarkingu, powiązania z jakością są pełniej wyrażane także poprzez sformułowanie uzupełniających kryteriów, na które miałyby wpłynąć procesy poddane pełnemu cyklowi PDCA. To znaczy, że do kryteriów, takich jak: kluczowe kompetencje podmiotu, kluczowe procesy wewnętrzne, kluczowe czynniki sukcesu, można dodać: „trudności z udokumentowaniem procesu w zgodzie z wymaganiami normy i jednostki certyfikacyjnej, powtarzające się reklamacje klientów zewnętrznych i wewnętrznych, problemy ze spełnieniem wymagań prawnych lub klienta i innych w określonym obszarze, kłopoty z doбором optymalnych metod postępowania dla spełnienia wymagań normy oraz inne szczegółowe problemy, skłaniające kierownictwo przedsiębiorstwa do poszukiwania możliwości usprawnień”¹¹.

W określonych sytuacjach zastosowanie benchmarkingu w działaniu podmiotu pragnącego przywództwa przez jakość może dać skutek przeciwny do zamierzonego, tj. prowadzić do osłabienia jakości. Zgodnie z poglądami teoretyków „wrogami” jakości są: brak znacznej skromności wśród kierownictw niektórych podmiotów, uniemożliwiającej dostrzeżenie, że ktoś inny jest lepszy w jakiejś dziedzinie, bezkrytyczne naśladownictwo w sytuacji, gdy podmiot nie rozumie własnych indywidualnych uwarunkowań, postrzeganie podpatrywania jako rzeczy wstydlivej w przeciwieństwie do poszukiwania tylko własnych rozwiązań, przeświadczenie, że własny podmiot jest najlepszy i jedyny w swoim rodzaju, niedopuszczanie informacji z zewnątrz.

Podkreślić też trzeba, że o ile jakość zyskuje na znaczeniu w teorii benchmarkingu, o tyle nie może to prowadzić do umniejszenia znaczenia aspektu finansowego w zarządzaniu z wykorzystaniem benchmarkingu (przywództwie przez jakość). Skoro budowa i utrzymanie wysokiej jakości kosztuje, to logiczne jest, że nie można abstrahować od stanu finansów podmiotu. Cele finansowe muszą być traktowane równorzędnie z celami jakości, a przynajmniej jako „kryterium brzegowe” w procesie doskonalenia jakości.

¹⁰ J.J. Dahlgard, K. Kristensen, G.K. Kanji, *Podstawy zarządzania jakością*, PWN, Warszawa 2002, s. 213.

¹¹ P. Jedynek, *op. cit.*, s. 169.

4. Benchmarking jako metoda analizy i oceny dokonań podmiotu leczniczego

Benchmarking może być stosowany przez każdy podmiot leczniczy i jego przedsiębiorstwo, niezależnie od tego, czy jest zarządzane metodą przywództwa przez jakość czy inną metodą, np. przez cele. W tej drugiej sytuacji benchmarking może być ujmowany jako sposób badania własnych procedur, procesów w celu wykrycia faktycznych i dających się potwierdzić empirycznie czynników sukcesu, które zostaną następnie wyrażone w formule celów wysokiego rzędu – strategicznych. W przypadku szpitali publicznych sukcesem jest utrzymanie nieujemnej rentowności ekonomicznej, szczególnie gdy celem zdecydowanie najważniejszym jest zabezpieczenie zdrowotne także w sytuacji przekroczenia wartości kontraktu na świadczenia zdrowotne. Polepszenie sprawności (efektywności) działania wskutek zbudowania i wykorzystywania empirycznie potwierdzonych czynników sukcesu¹², tkwiących wewnątrz organizacji, ma fundamentalne znaczenie dla efektywności ekonomicznej i zdolności do samodzielnego pokrywania ewentualnych strat finansowych. Dotyczy to także prywatnych podmiotów leczniczych, jednak zwykle mogą one bardziej swobodnie niż podmioty publiczne kształtować profil oferowanych usług zdrowotnych, ograniczając się do tych bardziej lukratywnych.

Benchmarking jako metoda analizy i oceny dokonań podmiotu leczniczego na tle porównania się z innymi może być wykorzystywany przez zainteresowane kierownictwo, okazjonalnie lub regularnie, albo narzucony przez właściciela poszukującego dodatkowej płaszczyzny odniesienia dla oceny dokonań posiadanej organizacji lub na potrzeby zbudowania zintegrowanego systemu oceny działalności podległych podmiotów leczniczych, albo być prowadzony przez płatnika czy organy, agendy ministerstwa na potrzeby polityki zdrowotnej. Benchmarkingowi może zostać poddana cała organizacja – wszystkie lub wybrane jej obszary, albo wytypowane funkcje (np. finansowa, controllingu, wytwórcza, zaopatrzeniowa itd.) oraz określone rodzaje efektów (np. efektywność finansowa, udział podmiotu w pokryciu zapotrzebowania na określone świadczenia lecznicze na danym terytorium). Przedmiotem porównań mogą być wszystkie procesy i funkcje zachodzące w przedsiębiorstwie oraz ich efektywność, produkty i personel oraz wartość postrzegana przez

¹² W Polsce prowadzono np. badania statystyczne w ramach projektu badawczo-wdrożeniowego pt. „*PORTRETY SZPITALI – MAPY MOŻLIWOŚCI, czyli monitorowanie jakości usług publicznych i benchmarking z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego*”. W ramach badań statystycznych szpitali publicznych, które poddały się badaniom, u źródła ustalono szereg czynników sukcesu tkwiących wewnątrz organizacji (sposoby działania, organizacji procesów i pracy, zarządzania finansami, kształtowania relacji z pacjentami), który został zdefiniowany jako utrzymanie nieujemnej rentowności ekonomicznej (rentowności aktywów oraz rentowności na działalności operacyjnej). Efektem badań statystycznych są raporty statystyczne, które mogą stanowić źródło wiedzy o empirycznie stwierdzonych czynnikach sukcesu szpitali publicznych w Polsce, dostępne po zakończeniu projektu badawczego na stronie www.portretyszpitali.pl.

klientów (pacjentów i ich rodzin). Narzędzia benchmarkingowe mogą występować w różnych modelach, np. dość powszechnej w ochronie zdrowia strategicznej karcie dokonań albo modelach wypracowanych dla specyficznych warunków środowiskowych (np. środowisko polskie) z wykorzystaniem metody analizy hierarchicznej problemu (AHP). Każde narzędzie benchmarkingowe może być wykorzystywane w działalności podmiotu leczniczego na potrzeby monitorowania i wewnętrznej poprawy najważniejszych obszarów działalności: pacjenta, procesów wewnętrznych, rozwoju, finansowego (tab. 2), a w szczególności do pomiaru i oceny dokonań oraz

Tabela 2. Główne obszary działalności podmiotu leczniczego ujęte w dwóch perspektywach: interesariuszy wewnętrznych (kierownictwo naczelne/zarząd) i interesariuszy zewnętrznych, możliwe do objęcia badaniami benchmarkingowym

Obszar	Kierownictwo podmiotu	Interesariusz zewnętrzny (polityka zdrowotna)
Pacjenta	W obszarze analizuje się, czy, jak i w jakim stopniu podmiot dba o zapewnienie opieki medycznej, zgodnie z istniejącym najnowszym stanem wiedzy medycznej (wtedy jest to <i>stricte</i> obszar kliniczny) oraz gospodarczej (sposoby kształtowania relacji pacjent-świadczeniodawca usług medycznych)	W obszarze bada się, czy i w jakim stopniu realizowane są potrzeby społeczne, zapewniona jest ciągłość i powszechność opieki, promocja zdrowia
Procesów wewnętrznych	W obszarze analizuje się, czy, w jaki sposób i w jakim stopniu prowadzi się racjonalne gospodarowanie zasobami podmiotu w ramach procesów wewnątrzzakładowych w celu zbudowania długoterminowej i stabilnej podstawy dla realizacji działalności w obszarze wiodącym, czyli pacjenta.	W obszarze bada się stan i poziom wykorzystania wszystkich zasobów w sektorze ochrony zdrowia.
Rozwoju	W obszarze bada się zasób ludzki – kapitał pracowniczy (potencjał, kompetencje, doświadczenie, zadowolenie) pod kątem jego wykorzystania dla realizacji celów rozwojowych podmiotu leczniczego, np. takich jak: wdrożenie nowej procedury medycznej, rozwój metod zarządzania, rozwój stosowanych technologii medycznych	W obszarze bada się przyszłe zapotrzebowanie na specjalistów w zakresie klinicznym, nową technologię medyczną, nowe metody zarządzania (np. z wykorzystaniem formuły partnerstwa publiczno-prywatnego, outsourcingu niektórych funkcji pomocniczych)
Finansowy	W obszarze analizuje i ocenia się siłę finansową podmiotu, sposoby zarządzania finansowego	W obszarze bada się koszty opieki zdrowotnej, stabilność finansową sektora ochrony zdrowia, sposoby alokowania pieniędzy publicznego do podmiotów leczniczych i racjonalność funkcji alokacyjnej (rozdzielenie puli pieniędzy publicznego)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Kludacz, *Model karty dokonań na potrzeby zintegrowanego systemu oceny działalności szpitali*, „Materiały konferencyjne – Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia”, konferencja Katedry Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Pułtusk 2012.

dokonywania porównań międzypodmiotowych. Takie narzędzia mogą być użyteczne dla interesariuszy zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych.

Tabela 3. Obszary pomiaru dokonań w modelach benchmarkingowych w wybranych krajach

Model według kraju pochodzenia	Obszary objęte porównaniami
Kanadyjski	Obszar finansowy, obszar pacjenta, obszar <i>stricte</i> kliniczny, integracja systemu i zmiany (odmiana obszaru rozwoju)
Holenderski	Obszar pacjentów, obszar finansowy, obszar wewnętrznych procesów biznesowych, obszar innowacji (odmiana obszaru rozwoju)
Angielski	Szeroko rozumiany obszar pacjentów, a w nim: poprawa zdrowia społeczeństwa, szeroki dostęp do usług medycznych, efektywna opieka nad pacjentem, satysfakcja pacjenta, efekty zdrowotne, oraz wydajność pracy
Duński	Obszar <i>stricte</i> kliniczny, obszar pacjenta: informacja/komunikacja, koordynacja, prawa pacjentów, obszar organizacyjny (mix obszarów rozwoju i procesów wewnętrznych): informacja publiczna, kierownictwo, zasoby ludzkie, badania, edukacja, zarządzanie ryzykiem)
Francuski	Kliniczna i epidemiologiczna jakość (odmiana obszaru klinicznego), optymalne wykorzystanie zasobów (obszar procesów wewnętrznych), zdolność do zmian i innowacji (odmiana obszaru rozwoju)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Kludacz, *Model karty dokonań na potrzeby zintegrowanego systemu oceny działalności szpitali*, „Materiały konferencyjne – Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia”, konferencja Katedry Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Pułtusk 2012.

Tabela 4. Obszary pomiaru dokonań poddane badaniom porównawczym w przykładowych podmiotach leczniczych

Podmiot stosujący benchmarking (wewnętrzny)	Obszary/wskaźniki porównań
Falls Memorial Hospital, USA	Personel i lekarze praktycy. Jakość. Pacjenci i społeczność. Biznes i rozwój
Bridgeport Hospital, USA	Wzrost obrotów i udział w rynku. Poprawa jakości. Usprawnienie procesów. Sprawność organizacyjna
Royal Ottawa Hospital, Kanada	Innowacje i wzrost. Badania, opieka i usługi. Integracja systemów
Hospital Monitoring Directorate, Nowa Zelandia	Opieka zdrowotna i nauka. Procesy i efektywność. Pacjenci i jakość
Nursing Balanced Scorecard, Queensland Health, Australia	Wskaźniki dla pacjentów. Wskaźniki dla personelu. Wskaźniki dla organizacji
Klinika szpitala Hogland, Szwecja	Ekonomiczny

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Kludacz, *Model karty dokonań na potrzeby zintegrowanego systemu oceny działalności szpitali*, „Materiały konferencyjne – Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia”, konferencja Katedry Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Pułtusk 2012.

Występujące systemy pomiaru dokonań, stanowiące element narzędzi benchmarkingowych, mają swoje ograniczenia. Charakterystyczne jest, że większość systemów pomiaru występujących na świecie realizuje wąsko określone funkcje regulacyjne, kliniczne lub diagnostyczne (zob. tab. 3); miary stosowane w indywidualnych systemach zwykle nie nadają się do porównań międzypodmiotowych w skali międzynarodowej, a nawet krajowej czy lokalnej (zob. tab. 4).

U podstaw benchmarkingu jako metody analizy i oceny przede wszystkim słabych stron podmiotu leży założenie, że koszt polepszenia jakości i kompleksowego zarządzania nią może być nieadekwatny do wyników, które ujawnią się po dłuższym czasie, jeśli podmiot będzie nastawiony na kopiowanie gotowych rozwiązań liderów w danym obszarze zamiast na twórcze i uwzględniające specyficzne uwarunkowania (np. określone prawem finansowe kryteria przetrwania podmiotu leczniczego) naśladownictwo sposobów dojścia do takich rozwiązań/najlepszych praktyk. Problemem dla podmiotów działających nawet w tym samym czasie i na podobnie rozwiniętym gospodarczo i kulturowo terenie jest różny poziom stadium rozwojowego organizacji, różnice w kulturze organizacyjnej. Poza tym wiedza o sposobach gospodarowania, wiedza kliniczna stale się zmienia, rozwija. Dlatego nie ma sensu szukanie jedynie słusznego, uniwersalnego dla wszystkich podmiotów leczniczych na świecie, niezmiennego w czasie rozwiązania benchmarkingowego.

5. Benchmarking jako kryterium dostępu do korzyści, zasobów

Benchmarking może stanowić podstawowe kryterium osiągnięcia określonych korzyści lub zasobów. Przykładowo w latach 90. XX wieku benchmarking stał się podstawowym kryterium przyznawania Amerykańskiej Nagrody Jakości (Malcolm Baldrige Award). Może stanowić kryterium dostępu i przydziału określonej puli zasobu pieniądza publicznego (w formie uzyskanego kontraktu z płatnikiem publicznym na finansowanie świadczeń medycznych). Oznacza to, że benchmarking może być narzędziem wykorzystywanym przez interesariuszy zewnętrznych podmiotu leczniczego, zainteresowanych osiągnięciem celów własnych (np. stymulowanie do polepszania jakości w działalności świadczeniodawców w ochronie zdrowia; racjonalna polityka finansowania świadczeń medycznych ze środków publicznych). W Polsce benchmarking podmiotów leczniczych jak dotychczas nie znajduje zastosowania jako kryterium przyznawania oraz wielkości uzyskanych kontraktów na świadczenie usług zdrowotnych ani też w regionalnej oraz krajowej polityce zdrowotnej na potrzeby kształtowania podmiotowej i przedmiotowej infrastruktury ochrony zdrowia.

6. Benchmarking jako obiekt badań naukowych

Z punktu widzenia praktyków gospodarczych zainteresowanie przedstawicieli świata nauki benchmarkingiem w ochronie zdrowia może mieć szczególne znaczenie. Obiektywny stosunek świata nauki do dokonań poszczególnych podmiotów w sek-

torze, nieskażony samozadowoleniem czy przekonaniem o wyjątkowości danego podmiotu, oparty na rozpoznaniu obowiązujących reguł gry sektorowej i innych uwarunkowań działania podmiotów leczniczych, sprzyja zidentyfikowaniu specyficznych zależności gospodarczych i finansowych, które mogą zostać wykorzystane dla opracowania najlepszych praktyk dla świadczeniodawców w sektorze ochrony zdrowia. Szczególną wartość mogą tu mieć projekty benchmarkingowe o charakterze naukowo-wdrożeniowym, prowadzone w ochronie zdrowia i na użytek podmiotów leczniczych, wykorzystujące i łączące w całość aktualną wiedzę teoretyczną z rozwiązaniami praktycznymi oraz poszukujące specyficznych dla danego sektora zależności ekonomiczno-finansowych¹³.

Najczęściej jednak przedmiotem zainteresowania naukowców jak dotychczas była efektywność działania sektora ochrony zdrowia¹⁴ oraz powiązanie efektywności z decyzjami refundacyjnymi¹⁵, czyli perspektywa makroekonomiczna oraz czynniki kształtujące efektywność szpitali¹⁶. W Polsce przeprowadzone badania, posługujące się metodą DEA, i analiza korelacji wykazały, że możliwości poprawy efektywności interpretowanej jako efekty zdrowotne są dość ograniczone, natomiast w wielu regionach istnieje potencjał i ograniczenia zużycia zasobów bez pogorszenia efektów zdrowotnych. Oznacza to, że należy zwiększyć nacisk na badania benchmarkingowe w zakresie sprawności działania (racjonalizację wykorzystania zasobów podmiotów leczniczych) i efektywności ekonomicznej (wyników finansowych), identyfikację i pomiar czynników sukcesu tkwiących wewnątrz organizacji, istotnie przyczyniających się do zachowania wystarczającej dla przetrwania i rozwoju rentowności finansowej¹⁷.

¹³ K. Lisiecka, T. Romańczyk, *Projekty benchmarkingowe w ochronie zdrowia*, [w:] S. Doroszewicz, A. Zwierzchowska (red.), *Jakość w dokonaniach współczesnej ekonomii i techniki*, SGH, Warszawa 2005, s. 80-83.

¹⁴ I. Joumard, C. Andre, C. Nicq, *Healthcare systems: efficiency and institutions*, OECD Economic Department, "Working Paper", 2010, no.769, s. 35; B. Łyszczarz, *Efektywność wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej w Polsce – perspektywa regionalna*, „Myśl Ekonomiczna i Prawna” 2009, nr 1(24); E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, WoltersKluwer Business, Warszawa 2011.

¹⁵ I. Durand-Zaleski, *Szkolenia projektu TF PL2005/IB/SO/02*.

¹⁶ P. Ciżkowicz, M. Ciżkowicz, *Wielkość, forma własności, efektywność – analiza szpitali w Polsce z zastosowaniem stochastycznej granicznej funkcji kosztu*, „Myśl Ekonomiczna i Prawna” 2009, nr 1(24), s. 34.

¹⁷ Tego rodzaju badania przeprowadzono w ostatnim czasie na potrzeby monitorowania stanu i poprawy działania podmiotów leczniczych będących szpitalami podległymi organom samorządu terytorialnego w ramach projektu badawczo-wdrożeniowego dofinansowanego ze środków publicznych „Portrety szpitali – mapy możliwości, czyli monitorowanie jakości usług publicznych i benchmarking z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego”, prowadzonego pod kierunkiem naukowym prof. Doroty Korenik, nr umowy: UDA-POKL.05.02.01-00-115/10-00. Jest to przykład narzędzia benchmarkingowego opracowanego z wykorzystaniem dotychczasowego stanu wiedzy praktycznej i teoretycznej z zakresu ekonomii, finansów, organizacji i zarządzania, dostosowanego do uwarunkowań funkcjonowania polskiego sektora ochrony zdrowia, dostęp na stronie www.portretyszpitali.pl.

7. Uwagi końcowe

W najszerszym rozumieniu benchmarking stanowi naturalną ewolucję zasad pomiaru jakości i kompleksowego nią zarządzania, jest metodą zarządzania. Tak praktykowane ustawiczne dążenie do zachowania wysokiej jakości zasobów wewnętrznych wykorzystywanych dla zapewnienia wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych stanowi jednocześnie sposób zarządzania ryzykiem (utrzymania wysokiej sprawności działania, pozytywnych i wystarczających wyników finansowych). Benchmarking może też znajdować zastosowanie w węższym zakresie – jako metoda porównywania wyników i efektów pomiędzy różnymi podmiotami oraz sposobów dochodzenia do tych wyników i efektów albo jako kryterium dostępu podmiotu leczniczego do określonego rodzaju korzyści (np. wyróżnienia się podmiotu pod względem jakości w grupie konkurujących podmiotów) czy określonego rodzaju zasobu głównie pozyskania środków pieniężnych.

Treść benchmarkingu podmiotów leczniczych musi podlegać zmianom wraz z rozwojem stosunków ekonomiczno-społecznych, rozwojem wiedzy naukowej z zakresu ekonomii i finansów (zarządzanie ryzykiem finansowym) oraz zarządzania (outsourcing, partnerstwo publiczno-prywatne) – powstające nowe sposoby gospodarowania zasobami oraz zarządzania organizacjami prowadzą do starzenia się wcześniejszych narzędzi oraz wymagają unowocześnionego spojrzenia na przydatność praktyczną dotychczasowego, wcześniej uznanego za udane narzędzia benchmarkingowego. Oznacza to w praktyce, że benchmarking jest procesem nieskończonym. W konsekwencji istnieje potrzeba powtarzania całego cyklu postępowania benchmarkingowego na nowo, tj. po zakończeniu procedury benchmarkingowej i wprowadzeniu usprawnień do organizacji należy rozpoczynać od nowa poszukiwanie innych możliwości doskonalenia działania podmiotu, opartych na nowych wzorcach, lepiej dostosowanych do zmieniających się stosunków społeczno-gospodarczych. Wtedy będzie można postrzegać benchmarking jako metodę zarządzania ryzykiem, w którym ważniejsza jest zdolność do radzenia sobie z ciągłymi zmianami poprzez wykorzystywanie szans tkwiących w otoczeniu wewnętrznym niż tylko koncentracja na utrzymaniu stabilnych wyników finansowych.

Literatura

- Brillman J., 2002, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa.
- Ciżkowicz P., Ciżkowicz M., 2009, *Wielkość, forma własności, efektywność – analiza szpitali w Polsce z zastosowaniem stochastycznej granicznej funkcji kosztu*, *Myśl Ekonomiczna i Prawna*, nr 1 (24).
- Czekaj J., Dziedzic D., Kafel T., Martyniak Z., 1998, *Benchmarking jako metoda uczenia się od najlepszych*, [w:] Martyniak Z. (red.), *Nowe metody organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo AE, Kraków.
- Dahlgaard J.J., Kristensen K., Kanji G.K., 2002, *Podstawy zarządzania jakością*, PWN, Warszawa.
- Durand-Zaleski I., *Szkolenia projektu TF PL2005/IB/SO/02*.

- Grudzewski W.M., 2000, *Benchmarking w przedsiębiorstwie*, [w:] Grudzewski W.M., Hejduk I.K. (red.), *Przedsiębiorstwo przyszłości*, Difin, Warszawa.
- Jajuga K. (red.), 2007, *Zarządzanie ryzykiem*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Jedynak P., 2007, *Ocena znormalizowanych systemów zarządzania jakością. Instrumenty i uwarunkowania wartości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Joumard I., Andre C., Nicq C., 2010, *Healthcaresystems: efficiency and institutions*, OECD Economic Department, Working Paper, no.769.
- Kłudacz M., 2012, *Model karty dokonań na potrzeby zintegrowanego systemu oceny działalności szpitali*, „Materiały konferencyjne – Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia”, konferencja Katedry Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Pułtusk.
- Lisiecka K., Romańczyk T., 2005, *Projekty benchmarkingowe w ochronie zdrowia*, [w:] S. Doroszewicz, A. Zwierzchowska (red.), *Jakość w dokonaniach współczesnej ekonomii i techniki*, SGH, Warszawa.
- Łyszczarz B., 2009, *Efektywność wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej w Polsce – perspektywa regionalna*, *Myśl Ekonomiczna i Prawna*, nr 1(24).
- Mazurkiewicz A., 2011, *Sprawność działania – interpretacja teoretyczna pojęcia*, *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, nr 20.
- Nojszewska E., 2011, *System ochrony zdrowia w Polsce*, WoltersKluwer Business, Warszawa.
- Podręcznik zarządzania jakością*, Lock D. (red.), 2002, PWN, Warszawa.
- Tarczyński W., Mojsiewicz M., 2001, *Zarządzanie ryzykiem*, PWE, Warszawa.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654, art. 59.
- Węgrzyn A., 2000, *Benchmarking. Nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa*, Oficyna Wydawnicza ANTYKWA, Wrocław-Kluczbork.
- www.portretyszpitali.pl – data pobrania: 10.10.2013.